



INDICE

Premessa

Obiettivi e finalità del trattamento

- **Consulenza psichiatrica**
- **Consulenza psicologica**
- **Intervento sulla famiglia**

Tipologia dell'equipe

- **Direttore**
- **Educatori**
- **Consulente psichiatra**
- **Consulente psicologo**

Struttura comunitaria

- 1. Orientamento**
- 2. Approfondimento**
- 3. Consolidamento e reinserimento**

Struttura giornata

Gruppi

Laboratori



Premessa

Negli ultimi anni abbiamo assistito ad una sempre più evidente e progressiva trasformazione della popolazione dei tossicodipendenti. Questo è dovuto ad un aumento della gravità dei quadri clinici legata anche ad una maggior presenza di fenomeni di poliabuso e polidipendenza da più sostanze che ha aumentato in modo esponenziale i danni e i rischi per la salute dei soggetti.

Il termine doppia diagnosi è la parola chiave nella “nuova” realtà delle tossicodipendenze in cui è sempre più diffusa la concomitanza, nello stesso individuo, di una sintomatologia psichiatrica di asse I e/o asse II (per i criteri diagnostici del DSM IV) e di un uso di sostanze psicoattive.

La realtà clinica delle situazioni di comorbidità pone seri problemi sia per la diagnosi, in quanto l’assunzione di sostanze può essere causa e contemporaneamente risultato di un problema psicopatologico sia della presa in carico di pazienti portatori di una problematica così complessa. Spesso la tossicodipendenza, con gli effetti imponenti che essa provoca, domina il quadro clinico nascondendo la sintomatologia psichiatrica.

Questi nuovi utenti, data la complessità delle problematiche sociali, sanitarie e spesso legali che li accompagnano sono molto impegnativi dal punto di vista del trattamento e della loro gestione che richiede una collaborazione di diverse risorse del servizio pubblico (Ser.T, Ospedali...) e del privato sociale.

Siamo di fronte ad una tipologia di utenza non collaborativa, con gravi compromissioni funzionali, aspetti di cronicità, con scarsa compliance ai trattamenti, frequenti comportamenti antisociali e suicidari.

In questa emergenza gli attuali strumenti di lavoro “separati” tra i Servizi che si occupano di dipendenze patologiche e i servizi di salute mentale risultano essere inadeguati. Da qui la necessità di interventi di tipo integrato tra i Servizi territoriali per accompagnare il paziente in un lungo percorso assistenziale e riabilitativo, caratterizzato da un approccio dinamico e individualizzato, in cui risulta fondamentale stabilire una relazione significativa tra operatori-utenti lungo un iter discontinuo contrassegnato da frequenti entrate e uscite dallo stesso contesto comunitario.

Risulta fondamentale la realizzazione di un progetto a rete, multidimensionale, specifico, che tenga conto della molteplicità delle variabili connesse con il servizio e trattamento dei casi di doppia diagnosi.

OBIETTIVI E FINALITÀ DEL TRATTAMENTO

La rilevanza della comorbidità tra disturbi correlati all’uso di sostanze e altri disturbi mentali (Doppia Diagnosi) ci propone la scommessa di definire una comunità terapeutica che sia uno spazio di cura e accompagnamento tenendo sempre aperta la possibilità di cambiamento e di crescita, ovvero una comunità disposta a ridimensionarsi continuamente.

Il risultato di un trattamento non deve pertanto essere interpretato in termini di vera e propria cura (successo/insuccesso), ma piuttosto, in termini di remissione e di livelli di miglioramento relativi nel tempo.

Poiché i meccanismi eziopatogenici, strettamente correlati, della dipendenza e delle manifestazioni psicopatologiche derivanti dai disturbi mentali (indotti o primari) sono estremamente complessi, l’approccio al trattamento varierà considerevolmente e sistematicamente nella durata, nelle modalità e negli esiti in relazione all’eterogeneità di pazienti affetti da “doppia diagnosi”.

I presupposti di un trattamento devono pertanto riferirsi alla capacità di presa in carico e al lavoro motivazionale, indipendentemente dall’esito a breve termine dell’intervento proposto.



Per tale tipologia di utenza gli attuali strumenti di lavoro “separati”, tra servizi di salute mentale e delle dipendenze, risultano essere insufficienti e inadeguati, evidenziando la necessità d'interventi terapeutici integrati e legati strettamente al territorio.

Un modello di comunità terapeutica cioè, che integra nella quotidianità gli interventi educativi, psicoterapeutici e psichiatrici; le persone hanno bisogno di un contenitore forte dove il percorso non è parcellizzato, ma parte di un tutto, il gruppo di lavoro con l'ospite, la famiglia, i servizi.

L'ambiente comunitario nel suo insieme può essere organizzato per essere esso stesso terapeutico; il rapporto e la relazione tra ospiti, aiuta il soggetto a sperimentare nella quotidianità le numerose opportunità di scambi affettivi e lavorativi migliorandone la propria autostima, aiutandolo anche a vincere la resistenza del vivere in comune con altre persone nello stesso spazio.

La responsabilizzazione e il sostegno reciproco sono tecniche di base; assumere ruoli di responsabilità verso tutta la comunità fa comprendere alle persone meno mature o antiautoritarie l'importanza reale dell'autorità non posta dall'alto ma agita all'interno di un rapporto affettivo e relazionale.

La comunità infatti propone ai residenti strumenti per gestire i propri bisogni in rapporto a quelli degli altri, dei quali non può fare sempre a meno, mentre è necessario che cooperi in maniera adeguata alla vita comunitaria.

Vivere insieme il quotidiano permette di far sperimentare, in ambiente protetto, molti problemi e difficoltà personali che richiedono riconoscimento e scambio di ruoli; tutti contribuiscono, ognuno a suo modo e secondo le sue potenzialità, al buon andamento di tutto il gruppo e di ognuno dei suoi componenti.

Il gruppo terapeutico diventa capace di trasformare lo stesso individuo in persona consapevole, sia della natura del proprio disagio, sia della possibilità di gestire i bisogni personali di un nuovo e più maturo ruolo.

Il progetto si è posto come finalità generale la diagnosi, il trattamento e la riabilitazione mediante l'individuazione e la creazione di un percorso assistenziale specifico e più completo per questo tipo di persone. E' quindi centrato su:

- un intervento individualizzato, con maggior attenzione alle caratteristiche del singolo;
- un intervento riabilitativo da un lato (con l'obiettivo di una reintegrazione sociale) e psichiatrico e/o psicoterapeutico dall'altro (con l'obiettivo di apportare un miglioramento e, dove possibile, una remissione del quadro psicopatologico);
- il gruppo e la relazione, utili strumenti per ottenere un miglioramento della qualità della vita.

Nella struttura, in concomitanza, è preferibile che sia presente un gruppo omogeneo per patologia psichiatrica per permettere un livello ottimale di organizzazione riabilitativa efficace. E' naturale che con categorie diagnostiche diverse anche l'approccio di comunità dovrà essere modificato per rispondere più appropriatamente al grado di bisogni primari degli utenti.

L'attenzione dell'equipe deve essere sempre rivolta alla condizione psicopatologica dell'ospite con doppia diagnosi in quel determinato momento; il livello normativo non può essere proposto con modalità rigide, ma andrà “calibrato” sul soggetto, pur disconfermando sempre il comportamento agito perché non funzionale e non rispettoso.



L'elasticità nell'applicazione di norme e regole di convivenza e di comportamento, deve tenere conto delle difficoltà degli ospiti a sostenere una forte pressione sui comportamenti, dei possibili agiti attribuibili alla patologia sottostante e dei limiti dovuti alla somministrazione di farmaci.

La collaborazione e la partecipazione attiva dei servizi inviati è fondamentale per tutto il percorso e per la fase del reinserimento. Anche la partecipazione della famiglia, se pur problematica, risulta essere, all'interno del percorso, elemento fondamentale di sostegno e cambiamento. La famiglia dovrebbe essere il luogo dove si creano e si risolvono i conflitti per permettere all'individuo una crescita naturale e per sviluppare strumenti educativi e modelli d'identificazione all'interno di un contesto socioculturale di appartenenza; talvolta in presenza di carenze affettive ed educative s'interrompe o si devia lo sviluppo del processo di apprendimento e maturazione, predisponendo in molti casi, allo sviluppo di malattie psichiatriche. La constatazione e l'osservazione clinica evidenzia come il

sistema familiare abbia vissuto e "con-diviso" la cronicità del disturbo clinico, la frammentarietà e la discontinuità della motivazione ad essere presi in carico, le implicazioni psico-sociali della comorbilità. La visione trigerazionale della famiglia permette di vedere e comprendere i comportamenti attuali di una persona, cioè come segnali indiretti di bisogni e coinvolgimenti emotivi del passato che si ripresentano nelle relazioni presenti. All'interno di questa visione sistemico – relazionale il cambiamento viene inteso come cambiamento di tutto il sistema; la ri-lettura del sintomo, la capacità di mentalizzare le relazioni, l'analisi della comunicazione e del processo relazionale e l'individualizzazione delle risorse appaiono essere linee guida essenziali nel lavoro con le famiglie.

La comunità si propone di riattivare il processo di sviluppo e di crescita psicologica a partire dal trauma, ovvero dal momento in cui l'ambiente familiare di appartenenza ha smesso di facilitare il percorso maturativo naturale; in questo senso può essere il luogo dove si pone il problema di "aiutare la persona ad aiutare se stessa..... a migliorare la propria vita attraverso il gruppo comunità".

Il progetto ha le funzioni di una comunità terapeutica, con le attenzioni e l'elasticità sopra descritte, si prefigge pertanto:

- approccio psico-educazionale;
- il contenimento e l'elaborazione dei conflitti;
- l'educazione, ovvero il passaggio di conoscenze tecniche esperienziali e culturali necessarie all'individuo per appartenere e funzionare nel gruppo sociale in cui vive;
- tempi più brevi per le varie attività;
- maggior attenzione all'individualità e ai bisogni degli ospiti.

➤ Consulenza psichiatrica

L'intervento psichiatrico si compone di colloqui conoscitivi ed anamnestici personali e familiari al fine di determinare un'osservazione del pz ed un adeguato inquadramento diagnostico. Comprende una detossicazione fisica ed un compenso farmacologico concordato con il medico di riferimento del Ser.T. inviante; i programmi farmacologici sono estremamente flessibili e personalizzati tenendo conto delle caratteristiche cliniche del pz e delle problematiche correlate alla comorbilità. Particolare attenzione sarà



posta all'aumento della autoconsapevolezza della psicopatologia, all'individuazione ed accettazione dei nuclei problematici, al miglioramento della compliance al trattamento. Verrà promossa un'informazione sanitaria per aumentare la conoscenza dei rischi correlati all'uso di sostanze; saranno previsti monitoraggi delle condizioni psicofisiche (esami ematochimici, eventuali consulenze con specialisti esterni).

Previsti inoltre incontri con gli altri operatori dell'equipe e verifiche a cadenza mensili con gli operatori dei Ser.T. di appartenenza per monitorare l'andamento del percorso terapeutici.

➤ **Consulenza psicologica**

L'intervento psicologico si propone come supporto all'attività terapeutica che rappresenta uno dei punti su cui si fonda il programma di recupero dalla tossicodipendenza.

Gli obiettivi principali sono:

- ❑ *Diagnosi:* la valutazione dell'assetto psicologico della persona all'entrata in Comunità e nel corso del programma, contribuisce ad orientare, momento per momento, l'intervento educativo e terapeutico.
- ❑ *Cura:* l'intervento psicoterapeutico ha lo scopo di motivare la persona ad un lavoro psicologico, rilevando i nessi tra l'uso di sostanze, la storia personale e le difficoltà che incontra. Talvolta la consapevolezza che la persona raggiunge in questo lavoro di analisi introspettiva può provocare dei profondi cambiamenti terapeutici ma, spesso, serve ad alimentare l'esigenze di una psicoterapia scelta spontaneamente che può proseguire anche dopo la Comunità.

➤ **Intervento sulla famiglia**

La famiglia del tossicodipendente si presenta frequentemente come un sistema disfunzionale dove le relazioni al suo interno sono caratterizzate da disimpegno e/o invischiamento e dove la comunicazione risulta bloccata spesso a causa della non definizione dei ruoli principali. Ciò che caratterizza maggiormente le famiglie dei pazienti non riguarda la loro specifica appartenenza sociale, né il grado di coesione personale, ma piuttosto le loro qualità interne, in specifico l'estrema permanente sofferenza che vi regnava già prima dell'esordio della psicopatologia del figlio. Per questi motivi riteniamo importante coinvolgere (quando è possibile) l'intero nucleo familiare nel percorso di recupero del tossicodipendente. Frequentare la comunità diventa per i familiari un'occasione preziosa per poter rielaborare le relazioni presenti nel nucleo e nello stesso tempo riappropriarsi del proprio ruolo, imparando modalità diverse, più mature e responsabili, di contatto e di scambio. Importanti sono i colloqui con i familiari che hanno l'obiettivo di raccogliere dati e chiarire quelle situazioni del passato, motivo di malesseri ed incomprensioni.

Tipologia dell'Equipe

L'equipe è caratterizzata dalla multidisciplinarietà e si avvale della collaborazione di consulenti esterni. E' composta da:

Direttore

- ha il compito di garantire la centralità e il rispetto della persona in ogni fase del percorso terapeutico;



- coordina e verifica gli interventi proposti avvalendosi della collaborazione dei consulenti e gestisce direttamente alcuni momenti educativi e terapeutici a valenza collettiva;
- segue la fase finale del percorso di sganciamento e di reinserimento esterno con gruppi e colloqui settimanali;
- verifica e programma le attività gestionali interne e promuove quelle rivolte all'esterno;
- coordina i rapporti con i servizi esterni referenti;
- coordina le riunioni d'équipe;
- è responsabile della struttura;
- organizza gli orari degli operatori e gestisce le attività dei tirocinanti e dei volontari;
- partecipa alla riunione direttori con gli altri referenti delle altre strutture ogni quindici giorni;
- mantiene i rapporti con la sede centrale ed è referente per essa di tutta la gestione della struttura.

Educatori

- accompagnano e sostengono la persona durante tutto il percorso, affiancandola e verificandola nelle attività quotidiane;
- conducono gruppi e colloqui volti alla rielaborazione dei vissuti personali;
- programmano e verificano le attività quotidiane della casa e la gestione di essa;
- aggiornano periodicamente i servizi esterni sui singoli casi;
- programmano e verificano le attività educative;
- mantengono e promuovono le relazioni con l'ambiente esterno;
- sostengono e promuovono la presenza del volontario all'interno della struttura;
- mantengono e strutturano colloqui con la famiglia di origine.

Consulente Psicologo

- effettua la diagnosi circa l'assetto psicologico della persona e stabilisce l'intervento psicoterapico adeguato;
- conduce colloqui terapeutici settimanali;
- partecipa mensilmente alla riunione d'équipe.

Consulente psichiatra

- la sua attività inizia fin dai colloqui d'ingresso, per una prima valutazione e la conseguente ammissibilità al percorso terapeutico;
- gestisce lo scalaggio e la terapia farmacologica specifica;
- sostiene attraverso colloqui settimanali l'evoluzione psichiatrica dei soggetti durante il percorso;
- mantiene rapporti con il Ser.T. di riferimento per quanto riguarda lo scalaggio;
- riferisce all'équipe rispetto all'assetto psichiatrico della persona.



STRUTTURA COMUNITARIA:

La comunità di Nocchi può accogliere 12 ospiti sia uomini che donne e prevede un progetto terapeutico che si snoda in tre fasi.

1. Orientamento

In soggetti compromessi da un punto di vista psichiatrico, oltre che tossicomano, la formulazione della diagnosi è inevitabilmente un processo dinamico; è necessaria un'astinenza dall'uso di sostanze e una maggiore stabilità della terapia farmacologica. Pertanto con il Servizio inviante viene formulata una prima ipotesi d'intervento individualizzato.

In questa fase, passato il primo periodo di ambientamento e stabilizzazione, la persona:

- viene aiutata ad occuparsi di sé, curando gli aspetti della sua persona a livello igienico e sanitario;
- viene aiutata e sostenuta nella socializzazione e nella relazione con gli altri ospiti;
- viene favorito l'inserimento nel gruppo e l'adeguamento alle regole e ai ritmi del contesto comunitario.

Obiettivi:

- a. inserirsi nella nuova struttura
- b. disintossicazione
- c. sviluppo di un legame di fiducia e del senso di appartenenza
- d. osservazione delle modalità relazionali

Questo processo viene favorito in un clima di contenimento e di protezione, con l'obiettivo d'instaurare una relazione di fiducia, tenendo conto di quanto tempo è necessario perché la persona non avverta come minaccia l'aiuto offerto e pertanto diminuiscano anche i tentativi di sabotaggio al cambiamento.

In questa prima fase si cerca di fare una prima osservazione che aiuti ad evidenziare le problematiche personali e relazionali, in modo da programmare interventi specifici.

Strumenti:

- colloqui individuali settimanali con lo psichiatra, (diagnosi, terapie, scalaggio)
- colloqui individuali settimanali con lo psicologo
- colloqui individuali con l'operatore di riferimento
- gruppi settimanali
- attività giornaliera (settori, laboratori)
- riunione di casa settimanale



2. Approfondimento

In questa fase l'ospite impara ad assumere responsabilità e a prendere coscienza di sé; le responsabilità inizialmente sono collegate ai settori della comunità e vengono sempre affiancate da un operatore. Le tappe principali di questo periodo sono:

- La partecipazione ai gruppi comunitari e alla terapia individuale e di gruppo, in questo ambito si lavora molto sulla quotidianità;
- La partecipazione alle attività occupazionali e psicoeducative allo scopo di attivare parti sane della persone e a contribuire al ripristino dell'autostima e del valore personale;
- La gestione attiva e propositiva delle attività e delle mansioni comunitarie che consistono nel responsabilizzare i singoli a provvedere ai bisogni concreti della piccola collettività.

Obiettivi:

- a. socializzazione interna
- b. acquisizione di una alleanza terapeutica
- c. incoraggiare l'assunzione di responsabilità da parte di ogni residente
- d. creare un'atmosfera simifamiliare che faciliti la presa di coscienza dell'importanza della disciplina sia per se stessi che nei rapporti con gli altri
- e. aiutare il soggetto a capire e conoscere la natura della sua malattia (perché e di che cosa soffre). Al momento dell'ingresso in Comunità la persona è poco consapevole della situazione che ha vissuto. Ignora le proprie risorse e i problemi subendo una serie di avvenimenti che appaiono sconnessi. La persona spesso fa difficoltà ad individuare altre opzioni e fatica a riconoscere la possibilità di essere aiutata. La comunità si propone l'obiettivo di favorire una maggiore presa di coscienza di sé, del proprio passato, accettando i propri problemi
- f. responsabilizzare la persona verso l'assunzione della propria terapia farmacologica, acquisendo un rapporto di cura e non di abuso. La maggior parte di queste persone nel corso della propria storia ha abusato non solo di droghe ed alcol ma anche di psicofarmaci. La comunità tenta d'intervenire anche come contesto di rieducazione rispetto all'utilizzo del farmaco; questo obiettivo è fondamentale per alcuni soggetti per il quale il quadro clinico li costringerà ad assumere farmaci per lunghi periodi (a questo riguardo è importante sensibilizzare anche la famiglia)
- g. astinenza da sostanze stupefacenti ed alcoliche. La comunità rappresenta un luogo di contenimento e di contrapposizione ad un bisogno compulsivo che queste persone hanno di fronte alle sostanze. Tale obiettivo è sostenuto dallo stesso utilizzo della terapia



farmacologica, che l'aiuti ad evitare situazioni di abuso, rischiose perché apportatrici di scompensi psichici

- h. acquisizione di uno stile di vita più stabile e responsabile. La comunità offre un contesto quotidiano regolato da ritmi, attività, responsabilità, che costituiscono un supporto fondamentale a mantenere il contatto con la realtà e a viverci con protagonismo ed autonomia. E' perciò importante creare un clima dove il singolo possa sentirsi accolto e non minacciato rispetto ai propri meccanismi di difesa. Si tratta di aiutare la persona ad affidarsi gradualmente e senza forzature ad una comunità in cui è possibile crescere e da cui è possibile separarsi in un secondo tempo, come soggetto protagonista della propria vita
- i. rendere esplicito il quadro familiare. Spesso le persone che arrivano in comunità hanno un sistema familiare disfunzionale, dove al suo interno le relazioni possono essere caratterizzate da disimpegno e/o invischiamento e dove la comunicazione è molte volte bloccata.

3. Consolidamento e Reinserimento

Vivere e sentirsi parte di un gruppo modifica inevitabilmente la percezione che il soggetto ha di sé e dell'altro, responsabilizzandolo se ne rafforza le parti sane in una dimensione sia interna che esterna alla casa. Tale fase, essendo un momento di forte evoluzione costituisce un momento delicato, poiché si vanno a ridefinire equilibri che coinvolgono non solo l'aspetto della socializzazione e pertanto della ridefinizione di sé, ma anche della dimensione psicopatologica. Ovviamente tutto ciò è inevitabilmente legato alla specificità del soggetto e al quadro clinico; ne consegue che il modo, o meglio l'obiettivo con cui ogni singolo supera tale fase, uscendo dalla comunità ed inserendosi all'esterno, è altamente diversificato. Infatti non costituisce un traguardo predefinito ed uguale per tutti, ma assume significato sulla base delle risorse interne ed esterne specifiche di ciascun soggetto. In questa fase verrà incoraggiato, ove appropriato, alla ricerca di una occupazione lavorativa o formativa, in ambito protetto, con il sostegno degli operatori durante tutto il percorso dell'inserimento.

Nel reinserimento si può verificare che:

- L'ospite, beneficiando di una buona evoluzione, riesce a guadagnare una sufficiente stabilità ed equilibrio che gli consentono una adeguata vita all'esterno. In questo caso deve essere accompagnato dai servizi sul territorio.
- L'ospite, pur avendo migliorata la sua condizione a livello di tossicodipendenza e della problematica psichica, necessita ancora di un intervento strutturato che comprenda un inserimento lavorativo protetto a lungo termine, o di mantenere la residenzialità in struttura, o entrambe, ma è importante che sia mantenuto l'intervento di rete territoriale con tutti i Servizi.
- L'ospite non riuscendo a consolidarsi adeguatamente sia rispetto alle sostanze che alla problematica psichica, incorrendo in ricadute o in ricoveri psichiatrici, va confermandosi in un discorso di cronicità. Pertanto l'intervento si attesterà sull'obiettivo della riduzione del



danno, la comunità potrà per loro diventare punto di riferimento ciclico con l'obiettivo di limitati periodi di contenimento del degrado fisico e psichico.

Obiettivi:

- a. mantenimento del rapporto sano con i farmaci
- b. mantenimento dell'astinenza
- c. mantenimento di uno stile di vita più sano
- d. mantenimento dell'alleanza terapeutica
- e. promozione ed incoraggiamento di tutti quei comportamenti che aiutino ad cambiamento positivo
- f. responsabilizzazione nella cura di se stessi e dell'ambiente in cui si vive
- g. socializzazione esterna
- h. inserimento socio-professionale
- i. consapevolezza della propria realtà familiare
- j. autonomia e distacco dalla comunità.

I tempi di questa fase sono legati al percorso della persona e alle risorse che si possono attivare per realizzare un'uscita dalla struttura comunitaria, con l'inserimento in un contesto allargato. Queste persone hanno difficoltà a mantenere per tempi lunghi comportamenti di stabilità, affidabilità e continuità, avendo tenuto per molto tempo stili di vita disordinati, disorganizzati e fuori dalle regole a causa della patologia e dell'uso di sostanze. Il lavoro educativo e psicologico si centra su una serie d'interventi tali ad individuare aree ancora problematiche e su un forte sostegno di accompagnamento al progressivo rientro in famiglia.

Vengono mantenuti:

- colloqui settimanali con lo psichiatra
- colloqui settimanali con lo psicologo
- colloqui settimanali con l'operatore di riferimento.



Organizzazione della giornata

ORARIO	ATTIVITA'
7.30	Sveglia
8.00/8.30	Colazione tutti insieme
8.30/9.00	Terapie
9.00/11.00	Pulizia della camera e dei luoghi comuni
11.00/12.00	Colloqui individuali
12.00/13.30	Pranzo e riordino cucina
13.30/14.00	Terapie
14.00/15.00	Riposo
15.00/16.30	Attività di gruppo, laboratori
16.30/17.00	Merenda
17.00/18.00	Proseguo attività
18.30/19.30	Igiene personale e tempo libero
19.30/21.00	Cena e riordino cucina
21.00/21.30	Terapie
21.30/22.30	Tempo libero
22.30	Buonanotte



Attività, gruppi e laboratori settimanali

- Gruppo psicoterapico (da definire)
- Raccolta dati (anamnesi, diagramma)
- Gruppi (qui e ora, gr.casella, gr.diario)
- Gruppo a tema (fotografia, psicoritratto, genogramma)
- Attività seminariale (mensile)
- Laboratori (da definire)
- Disegno e lettura

Attività terapeutiche e strumenti utilizzati:

1. Gruppi e seminari
 - Gruppo di sostegno sul qui ed ora
 - Riunione di casa
 - Gruppi terapeutici proposti in base alle esigenze degli ospiti (genogramma, fotografia, affettività, maschile, femminile...)
 - Educazione alla salute
 - Visione di film e discussione
2. Colloqui individuali motivazionali e di sostegno
3. Laboratori
 - Decoupage, creta, pittura, musica...
 - Attività fisica (passeggiate, pallavolo, ginnastica dolce, calcetto..)
4. Attività terapeutiche con le famiglie
 - Anamnesi familiare
 - Colloqui con la famiglia
 - Gruppi di sostegno a cadenza quindicinale
 - Una visita mensile delle famiglie per partecipare alla vita comunitaria
5. Consulenza psicoterapica e psichiatrica